Dr. PEDRO CHUTRO

5

SOBRE UN CASO DE QUISTE HIDÁTICO DEL PANCREAS

EXTRACTO DE LA «REVISTA DE LA SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA»

PÁGINA 369, 1909

LIBRARY

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

737 — Callao — 737

1909

Dr. PEDRO CHUTRO

Corrientes 454
Buenos Aires

SOBRE UN CASO DE QUISTE HIDÁTICO DEL PANCREAS

EXTRACTO DE LA «REVISTA DE LA SOCIEDAD MÉDICA ARGENTINA»

PÁGINA 369, 1909

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

BUENOS AIRES
«LA SEMANA MÉDICA» IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
737 — Callao — 737

1909

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
15 OCT
LIBRARY

SOBRE UN CASO DE QUISTE HIDÁTICO DEL PANCREAS

Por el Doctor PEDRO CHUTRO

Cirujano del Hospital «Teodoro Alvarez»

El equinococo del pancreas es una afección relativamente rara y con sintomas y signos de diagnóstico aún no bien estudiados.

La experiencia personal de dos casos,—de los cuales uno inédito,—nos ha llevado á hacer algunas consideraciones acerca de esta afección.

Precisamente este inédito presenta como detalle interesante el hecho de ser el primer caso en que se hizo el diagnóstico antes de la operación.

Portal y Chambón aparecen como los primeros observadores de esta afección; en ambos casos se trataba de hallazgos de autopsia.

Masseron, menciona otras tres observaciones; una de Turner, otra de Hunter, en la que se trataba de un hidátide pegado al páncreas: y una tercera de Meissner, en la que el quiste se había desarrollado en el páncreas mismo.

Engel encontró en una autopsia un montón de vesículas de pequeño tamaño, llenas de liquido claro y el todo contenido dentro de una membrana, lo que unido á la existencia de quistes similares en el cerebro, riñón y otros órganos lo llevó á pensar en hidátides.

En 1883 PEAN tuvo ocasión de practicar la marsupialización de un quiste hidático del páncreas.

BRIGSS, en 1890, da á conocer una observación poco clara en la que hace constar el desarrollo de un sarcoma sobre un quiste hidático preexistente en el páncreas (?) y en el que una previa punción había dado líquido con ganchos.

BOBROW, en 1897, refirió en la Sociedad Médica de Moskú, un caso de equinococus de la cabeza del páncreas, que había operado à principios de ese mismo año.

En 1902, RICARD dió á conocer á la Societé de Chirurgie de París, un quiste retropancreático; y casi en la misma época VILLAR (de Bordeaux) encontró un equinococo del páncreas, constatando al mismo tiempo muchos otros quistes en la cavidad abdominal, dos de los cuales estaban en el bazo.

En 1904 aparece una nueva observación de MOKROWSKY á la que vienen á agregarse casi contemporáneamente una de JONNESCO y otra de HILDEBRAND, ambas muy interesantes.

En el Congreso francés de cirugía de 1895 se relatan dos casos más. Uno de LEJARS (mujer de 55 años que llevaba el tumor desde hacía 6 años, y que L. operó en 1897. La otra pertenece á HERRERA VEGAS y está descrita en su libro. Este es el primer caso que tuve ocasión de estudiar, durante mi internado en el Servicio.

Después de esta cita de los casos ya publicados, vamos ahora á dar á conocer el nuestro, dando á continuación su

HISTORIA CLÍNICA

Benjamín M., 26 años; ingresa al Servicio de cirugía del Hospital San Roque el 24 de Mayo de 1906.

Los antecedentes familiares son sin importancia.

Antecedentes individuales.—En su infancia ha tenido saram-

pión y algunas ligeras perturbaciones gastro intestinales. No hay sífilis, ni paludismo, ni alcoholismo, ni antecedentes de tuberculosis.

Hasta hace un año gozaba de buena salud; por esa época y sin saber á qué atribuirlo, empezó á ser incomodado por repentinos vómitos, acompañados de erutaciones agrias, que se producian largo rato después de haber comido. Casi al mismo tiempo empezó á sentir dolores agudos en el hipocondrio derecho, irregularmente intermitentes y que no se irradiaban. Consultó con un médico, pero á pesar del tratamiento establecido, siguió empeorando; todas las mañanas tenía vómitos biliosos, y á veces chuchos durante el dia.

Al cabo de un mes comenzó á notar el tinte ictérico en los ojos y la decoloración de las materias fecales. Lo trataron como ictericia catarral—leche, agua de Vichy, etc., etc.—pero á los quince días su debilidad era tan grande que no podia dejar la cama. Entre tanto la ictericia se fué haciendo tan intensa qne la piel adquirió el tinte aceituna oscuro; la orina era casi verdosa y las materias fecales como yeso. El prurito era tan intenso que no le dejaba dormir.

Durante cuatro meses peregrinó por distintos hospitales, habiéndosele instituido toda clase de tratamientos médicos, pero sin resultado ninguno; el enfermo iba perdiendo rápidamente de peso y la asimilación de los alimentos era casi nula. A esta altura de la narración el enfermo cuenta algo que tiene mucha importancia para el diagnóstico.

Dice que se le ordenó tomara 100 gramos diarios de aceite de oliva, lo que practicó durante tres meses; á veces el aceite era eliminado con las materias fecales tal cual había sido ingerido, sin haber sufrido por lo tanto ninguna transformación; pero lo más frecuente era que apareciera bajo la forma de glóbulos de tamaño lo mas variable, alcanzando el de una nuez; de un color amarillo verdoso, tenían una consistencia gelatinosa, deshaciéndose á la menor presión y, dejando escapar su contenido aceitoso; es decir, que se asemejaban en un todo á las cápsulas de ricino de uso corriente.

Permaneciendo largo tiempo en cama, en decúbito dorsal, sus trastornos digestivos se aliviaban mucho y las materias fecales se coloreaban un poco, disminuyendo la intensidad de la ictericia; pero en cuanto permanecía sentado ó de pié, todos los signos volvían á acentuarse. Esto indujo á varios médicos á

pensar de que se tratara de un cálculo, con cierta movilidad, enclavado en el colédoco.

El paciente es un neurasténico además, que cansado de tratamientos médicos pide que se le opere en seguida.

Estado actual.—Temperatura 37,2. Pulso regular, poco tenso, algo frecuente: 98 por minuto.

El paciente es un joven bien desarrollado, enflaquecido y demacrado por su mala nutrición. Tinte ictérico muy subido en las mucosas y la piel; esta última con erosiones, producidas por el gratage, á causa del prurito. Lado izquierdo del tórax: normal. En el lado derecho hay una ligera elevación de la tonalidad. A la auscultación se encuentran algunos frotes en la base. El límite hépato-pulmonar llega á la cuarta costilla y no presenta ninguna irregularidad. En el lado derecho, la parte inferior del tórax es más voluminosa y saliente que en el izquierdo; se percibe claramente el mayor levantamiento del reborde costal y el ensanchamiento de los espacios intercostales.

El hígado sobrepasa de ocho centímetros el reborde costal; está uniformemente aumentado de volumen, es decir: que conserva su configuración normal, con su borde cortante y su escotadura no deformados, perfectamente palpables. Es algo doloroso á la presión y se desplaza poco con los movimientos respiratorios. A la altura de la escotadura, y en relación con la cara inferior se toca un tumor del tamaño de una naranja, redondeado, liso, algo movible, no doloroso, y de consistencia al parecer blanda, que, dada su situación anatómica, se considera como la vesícula distendida. Dá la sensación de peloteo, pero por la palpación se constata que es independiente del riñón, cuyo polo inferior se toca muy bien. Ahora bien, palpando la mitad derecha del epigastrio, profundamente, el dedo da la impresión de una tumefacción de límites imposible de precisar á causa de la tensión de la pared abdominal, pero que no parece ser mayor del tamaño de un puño. La percusión superficial da sonoridad en toda la región; pero la percusión profunda muestra una zona mate en el centro rodeada de otra zona timpánica. La matitez se encuentra en el epigastrio, é independiente del hígado, del que está separado por una franja de sonoridad muy clara.

Bajo anestesia se constata que el tumor es ligeramente redondeado, del doble de tamaño de lo que se tocó en un principio y al parecer independiente del hígado; es poco movible y no es influenciado por los movimientos respiratorios. Bazo un poco grande.

La orina presenta una gran cantidad de pigmentos biliares, y vestigios de albúmica y glucosa.

El examen de las materias fecales demuestra que el jugo pancreático no llega al intestino; y ya macroscópicamente puede decirse que las grasas no sufren acción de ninguna especie, siendo eliminadas tal cual han sido ingeridas.

Diagnóstico.—Con todos estos datos llegamos á la conclusión de que existia un tumor, que por su evolución y caracteres debía ser hidático, que comprimia la ampolla de Vater, y cuya situación debia ser la cabeza del páncreas.

Operación.—El 25 de Mayo.—Momentos antes de la operación se le hace una inyección de un litro de solución fisiológica.

Incisión sobre la línea blanca lateral derecha, que parte desde el reborde costal y llega hasta la altura del ombligo. Abierto el peritoneo encontramos el hígado congestionado, muy aumentado de volumen pero no deformado. La vesícula biliar, piriforme, no parece estar enferma; aunque el líquido á gran tensión contenido en su interior la ha dilatado, hasta el punto de presentarse cuatro ó cinco veces más grande que lo normal. Haciendo presión sobre ella se nota que vacía lentamente algo de su contenido. Al examinar los conductos biliares llama la atención la retracción del epiplón gastro-hepático, y la existencia de un tumor colocado detrás del duodeno, en la retrocavidad de los epiplones, independiente del higado. Una punción capilar dió líquido cristal de roca. La vesícula distendida era un gran obstáculo para maniobrar en la región; así, en vez de hacer una punción evacuadora y luego una movilización del intestino para abordar el tumor, preferimos ir en busca de otra vía.

Taponamos provisoriamente la primera incisión é hicimos enseguida una amplia laparotomía mediana supra-umbilical. A través del epiplón gastro-hepático llegamos al tumor, que se había desarrollado en la cabeza del páncreas, y lo incindimos con el bisturí, dando asi salida á más de un litro de líquido hidático y á innumerables vesículas hijas.

Se extraen las membranas y se limpia el quiste lo mejor posible. Como la bolsa es de paredes muy delgadas é imposible de traer hasta el borde de la herida para marsupializarla, resolvimos hacer un drenaje, taponamiento á distancia, pasando entre el estómago y el hígado, y sirviéndonos para ello de gasa y un gran tubo de vidrio.

Cierre de la primera laparotomía en tres planos; en la segun-

da queda abierto solo el espacio por donde se drena. Nueva dermoclisis de un litro. Apósito simple.

Por la noche 37,9 y muchos dolores. Los dos días subsiguientes los pasó sin novedad.

28 de Mayo.—Anoche tuvo la primera deposición bien coloreada, demostrando así la permeabilidad de las vías pancreático-biliares. Se le hace la primera curación y al sacar la mecha de gasa salen una cantidad de vesículas hijas.

1.º de Junio.—Diariamente salen nuevas vesículas hijas. Las materias fecales muy bien coloreadas. La piel va perdiendo su coloración intensa. El enfermo, después de más de un año, pide de comer; se le da carne y leche.

4 de Junio.—En los ojos apenas se nota un ligero tinte ictérico, en la piel es aún marcado. El quiste va disminuyendo su capacidad y cada día salen menos vesículas. El apetito va en aumento, la asimilación es perfecta y el estado general va mejorando día á día.

Se le retiran todos los puntos de sutura.

2 de Julio.—Todos los rastros de ictericia han desaparecido. Ya no salen más vesículas. El trayecto es pequeño.

A fines de octubre sale de alta completamente cicatrizado. Ha ganado 14 kilos de peso.

En Mayo de 1908 vuelvo á verlo, con una pequeña eventración, como la que presentan la mayoría de los marsupializados. Se le reseca la cicatriz y se cierra el vientre en tres planos. Los órganos en perfecto estado.

Los hidátides pueden desarrollarse en cualquier porción de la glándula; sin embargo, entre los casos hasta hoy estudiados, se ve una marcada predilección por la porción cefálica. Este hecho puede explicarse por la razón que la mitad cefálica del páncreas es la que recibe mayor número de ramas arteriales.

Por lo que al tamaño se refiere, la glándula conserva más ó menos sus proporciones normales.

Los cambios de formas son distintos para cada caso; así nosotros hemos tenido ocasión de observar que la cabeza del páncreas se había ahuecado para contener la bolsa quística; en el segundo caso se veía claramente una delgada lá-

mina de glándula que recubría un tercio del quiste. No hemos encontrado signos de esclerosis ni de congestión.

Un hecho que ya ha sido mencionado anteriormente y que hemos constatado con toda claridad, es la retracción del epiplón gastro-hepático.

Corte transversal (s. Braune) que muestra la disposición del quiste con respecto á otros órganos

B. Bazo—*R ñ* Riñón—*V. c.* V. cara—*C. a. i.* Colon ang. izq.—*E.* Estómago—*P.* Páncreas—*C. t.* Colon transverso—*P. D.* Píloro y Duodeno—*Q.* Quiste—*C. a.* Colon ascendente—*D*² Duodeno 2.ª porción—*H.* Higado.

Hacia dónde tiende á exteriorizarse el quiste?

En nuestro caso el quiste se desarrolló y permaneció en la profundidad incluido en la retrocavidad de los epiplones. En la parte superior llegaba casi á ponerse en contacto con el lóbulo de Spigelio; hacia la línea media había llegado á tener relación directa con los grandes vasos; por su cara posterior reposaba sobre el plano profundo del abdomen y

por su cara anterior mantenía un íntimo contacto con el estómago, pequeño epiplón, comprimiendo el hilio hepático y la ampolla de Vater.

Lo común es que los quistes hidatídicos, á semejanza de los de otra naturaleza, tiendan á exteriorizarse en las direcciones indicadas por Körte, Mayo Robson.

La *sintomatología* es en general poco clara y el diagnóstico se presenta lleno de dificultades. En los comienzos de la enfermedad los signos son vagos, limitándose á ligeras perturbaciones gástricas y sin que nada llame la atención del lado del páncreas. Y esto se explica fácilmente si se recuerda que el equinococo no produce en el órgano en que sienta,—á lo menos en su principio,—otra lesión que una esclerosis parcial y limitada, más bien producto de una reacción de aislamiento y de defensa del órgano contra el cuerpo extraño, que de una acción tóxica ó electiva. De acuerdo con esto pues, el quiste se dejará sentir solo cuando por su posición y tamaño, llegue á perturbar,—casi podemos decir mecánicamente,—el buen funcionamiento, no solo del páncreas, si no también de los órganos vecinos. Los quistes desarrollados en el cuerpo ó en la cola del páncreas presentarán en general una sintomatología muy vaga y se harán notar recién, cuando lleguen á adquirir un cierto volumen; en cambio los de la cabeza, pueden llamar la etención desde temprano por los signos de compresión.

En los casos de quiste del páncreas la repugnancia por las grasas es mayor que la de los portadores de quistes en otros órganos, y sobre todo si hay compresión de la ampolla de Vater; entre estos últimos pueden presentarse dos modalidades: ó que después de permanecer un tiempo en el estómago sea vomitada, ó si no que siguiendo su curso normal en el intestino sean luego eliminadas sin haber su-

frido transformación de ninguna especie como sucedía en nuestro caso.

Nuestro enfermo se quejaba de dolores en el epigastrio (neuralgias celiacas de Friedrieich), que guardaban poca relación con las comidas y que no tenían los caracteres de los de la úlcera gástrica, por ejemplo.

El punto doloroso pancreático es periumbilical; más adentro y abajo que el de la vesícula y más arriba y adentro que el del apéndice; tratándose de quiste, casi siempre guarda la forma neurálgica.

En algunos casos se han presentado diarreas, las que unidas á la falta de asimilación han contribuido á agravar el estado del paciente; pero lo común es que sean constipados.

Los signos físicos son de gran importancia para llegar al diagnóstico; aunque desde ya debemos decir que son los menos los casos en los cuales puede hacerse una palpación tan clara como KORTE lo pretende.

Si el quiste ha alcanzado grandes proporciones es posible percibirlo á la simple inspección, haciendo saliencia por encima del ombligo y con una separación neta del hígado.

La palpación nos va á revelar un tumor más ó menos grande, situado en la profundidad, cuyos contornos serán más ó menos fácil de limitar; pero siempre guardando la forma redondeada.

Los quistes de la cola pueden, en su desarrollo, acercarse tanto del bazo que un error de diagnóstico no sería de extrañar; pero basta constatar por la palpación y por la percusión, que el estómago está por delante del quiste para borrar toda sospecha de que sea del bazo.

Los de la cabeza pueden ser confundidos con los del hígado; pero si á los signos de compresión se agrega la

existencia de una zona sonora que lo separa de este órgano y los otros que se menciona, es posible llegar al diagnóstico.

Buscando el ballottement que HARTMANN y JEANNEL han descrito en otros tumores del páncreas, nosotros encontramos únicamente el peloteo dado por la vesícula distendida.

La insuflación del colon y del estómago son maniobras que pueden ayudar á la localización del quiste. Por lo demás no entraremos en detalle acerca de la sintomatología de los tumores líquidos del páncreas que se encuentra en los textos de consulta.

Nosotros basamos el diagnóstico en los siguientes datos:

1.° Dolor espontáneo y á la presión siguiendo una dirección netamente transversal, sobre el epigastrio é invadiendo los hipocondrios. Este dolor se sitúa muy cerca del ombligo;

2.° Perturbaciones gástricas de origen reflejo y por compresión, sin que se pueda constatar signos de una lesión orgánica;

3.° Ictericia por compresión, en un año, no se modifica con ningún tratamiento médico;

4.° Vesícula biliar muy distendida, signo que hace pensar en un tumor de la cabeza del páncreas. (Courvoisier y Terrier);

5.° Repugnancia por las grasas y sobre todo, eliminación de todas las substancias grasosas sin que sufran ninguna transformación;

6.° Enflaquecimiento rápido y pronunciado con gran pérdida de fuerzas;

7.° Datos dados por el examen, que revelan la existencia de un tumor profundo, retroestomacal, redondeado y liso, y en la vecindad de la cabeza del páncreas;

8.° Carácter completamente benigno y su marcha lenta;

9.° El pertenecer el sujeto á un país donde el equinococo es una de las enfermedades más frecuentes;

10. Los quistes de la cara inferior del hígado dan á veces signos de compresión del colédoco, pero muy raramente del canal de Wirsung;

11. El hígado no está deformado.

Se puede llegar al diagnóstico por esclusión.

En la duda, la ictericia prolongada es suficiente causa para una intervención.

Tratamiento.—Una vez que se ha llegado al diagnóstico y aún en la duda, el tratamiento debe ser uno: el quirúrgico.

La laparotomía mediana supraumbilical es la más indicada para estos casos.

Abierto el peritoneo se puede abordar el quiste por tres puntos distintos: 1.°, pasando entre el estómago y el hígado, á través del pequeño epiplón; 2.°, yendo entre el estómago y el colón transverso; y 3.°, pasando por debajo del colon, usando la vía transmesocólica.

La segunda vía es la más usada; pero lo más prudente es atacar el quiste por el lado que haga más saliencia.

La movilización del duodeno, de Kocher, es innecesaria para estos casos; y lo mismo diremos de la laparotomía por vía posterior, que está sugeta á complicaciones desagradables.

Si se trata de un quiste de líquido claro debe ser tratado por la sutura sin drenage (Posadas).

Bobroff y Mokrowsky han empleado un método parecido, con buen resultado.

Cuando se trate de quistes infectados, ó con vesículas hijas, debe hacerse la marsupialización. Pueden presentarse dos casos distintos.

Si el quiste es lo suficientemente grande como para venir á ponerse en contacto con la pared abdominal; se lo abre, se limpia bien y se fija la bolsa á la pared dejando un amplio drenage, con un tubo de vidrio. Si en cambio, el quiste es pequeño, como sucedió en nuestro caso, y queda inmóvil en la profundidad, el drenage debe ser hecho á distancia, tal cual se lo practica para algunos casos de vesícula biliar; el drenage sirve de taponamiento al mismo tiempo, empleando con tal fin un tubo de vidrio largo y ancho, acompañado de una gruesa mecha de Gersuny.

Descartando los accidentes que pueden presentarse después de la operación, diremos que el pronóstico de la enfermedad es benigno.

No hay que temer á la esclerosis, porque esta es siempre muy limitada, y no perturba el buen funcionamiento de la glándula.

BIBLIOGRAFÍA

Angelet.—Gazette des Hôpitaux, 1860.

Becourt.—Recherches sur le pancreas. These de Strasbourg, 1830.

Bobroff.—Archiv. f. klin. Chir. Bd. 56, s. 820.

Bockel.—Des kystes pancreatiques, París 1891.

Briggs.—St. Louis med. Journal 1899, T. 58, p. 154.

Engel.—Med. Jahrbücher des österr. Staates 1840. Bd. 32, s. 411 é idem 1841, p. 193.

Graham.—Hydatid disertation in its clinical aspects, 1891.

Herrera Vegas y Cranwell.—Los quistes hidáticos en la República Argentina 1901, y Cong. Franç de Chirurgie, 1905.

Hildebrand.—Correspondenz Blatt f. Schweiz. Aerste 1904, p. 539.

Jonnesco.—Societ. Chir. Bucarest 17 nov. 1907, ref. Zeits. f. Chirurgie, L. 19, p. 536.

Koerte.—Deutsche Chirurgie Lief. 45, d.

Kuhnast.—Ueber Pankreascysten Inaug. Dissert., Breslau 1887.

Lejars.—Congres français de Chirurgie, 1905.

Masseron.—Des kystes hidatiques multiples de la cavite abdominal. These de París, 1882.

Mayo Robson and Cammidge.—The pancreas its surgery and Pathol., 1907.

Mokrowsky.—Rune. Med. Rendal, Berlín 1904, p. 655 á 660.

Pean.—Leçons de clinique chirurgical, París 1886, p. 1145.

Ricard.—Societ. de Chir. de París, 29 enero 1902, p. 102.

Sasover Lazar.—These de Bukarest, 1905.

Seidel.—Jenais. Zeit. f. Med. und Naturwis, 1864, p. 289, ref. Schmidt's Jahr, Bd. 134, p. 36, Multiple echinokoken, eine cyste am Pankreas.

Villar.—Journal de Medecine de Bordeaux, 1903, n. 10-11.

Villar.—Chirurg. du Pancreas 1906, et Congres de Chirurgie.